

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

André ZERBIB

de la Faculté de Médecine de Paris

Né le 21 Avril 1904 à La Goulette (Tunisie)

**DE LA CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE
DES KYSTES PANCRÉATIQUES**

Président : M. BEZANÇON, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNE

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

André ZERBIB

de la Faculté de Médecine de Paris

Né le 21 Avril 1904 à La Goulette (Tunisie)

**DE LA CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE
DES KYSTES PANCRÉATIQUES**

Président : M. BEZANÇON, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNE

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1932

LE DOYEN : M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GREGOIRE.
Physiologie.	Léon BINET
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	LENORMANT.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE
	MULON.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. . . Neurologie et Psychiatrie.

CHAILLEY-BERT. . . Physiologie.

AUBERTIN. Pathologie médicale.

BENARD (Henri) . . Pathologie médicale.

SANNIE. Chimie biologique.

BROCCO. Pathologie chirurgicale

BRULE. Pathologie médicale.

CADENAT. Pathologie chirurgicale

CATHALA. Pathologie médicale.

CHABROL. Pathologie médicale.

CHEVALLIER. . . . Pathologie médicale.

DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie chirurgicale.

DOGNON. Physique.

DONZELOT. Pathologie médicale.

ECALLE. Obstétrique.

FEY. Urologie.

Pathologie expérimentale.

GASTINEL. Bactériologie.

GATELLIER. . . . Pathologie chirurgicale

GIROUD. Histologie.

HARVIER. Pathologie médicale.

HOVELACQUE. . . Anatomie.

HUTINEL. Pathologie médicale.

JOANNON. Hygiène.

LABBE (Henri) . . Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy) . . Pathologie médicale.
Oto - rhino - laryngologie.

HUGUENIN. Anatomie pathologique

LEVEUF. Pathologie chirurgicale

LEVY-VALENSI. . . Neuro-psychiatrie.

LIAN. Pathologie médicale.

HAZARD. Pharmacologie.

MILLOT. Histologie.

MONDOR. Pathologie chirurgicale

MOREAU. Pathologie médicale

MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale

MOURE. Pathologie chirurgicale
Histologie.

OBERLING. Anatomie pathologique

OLIVIER. Anatomie.

PIEDELIEVRE. . . Médecine légale.

PORTES. Obstétrique.

QUENU. Pathologie chirurgicale

RICHEL. Physiologie.

SEZARY. Dermatologie et syphiligraphie.

VALLERY-RADOT

(Pasteur) . . . Pathologie médicale.

VAUDESCAL. . . . Obstétrique.

VELTER. Ophtalmologie.

VERNE. Histologie.

VIGNES. Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.

GUENIOT. Obstétrique.

LEQUEUX. Obstétrique.

LEROUX. Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.

RETTERRER. . . . Histologie.

ZIMMERN. Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI.Clinique médicale.
 CHIRAY.Clinique médicale.
 DEBRE.Clinique médicale.
 DUVOIR.Clinique médicale.
 BASSET.Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU.Clinique chirurgicale.

MM.
 HEITZ-BOYER. . . .Clinique chirurgicale.
 MATHIEU.Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT.Clinique chirurgicale.
 PROUST.Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ.Clinique chirurgicale.
 LE LORIER.Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL. . . .Clinique obstétricale.
 METZGER.Clinique obstétricale

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.
WEIL-HALLE		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS CHÉRIS

En reconnaissance de tous leurs sacrifices

A MON FRÈRE DÉVOUÉ

En toute gratitude.

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS.

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de notre profond respect et de notre grande reconnaissance de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Ce travail que nous présentons à l'appréciation de nos juges nous a été inspiré par l'observation d'un kyste du pancréas, intéressant par son siège, qui en a rendu le diagnostic des plus difficile.

Nous avons essayé de faire une revue générale de nos connaissances concernant les kystes du pancréas.

N'ayant à notre disposition qu'une seule observation personnelle, nous avons cherché dans la littérature médicale un nombre de faits suffisants pour justifier les conceptions que nous nous proposons d'exposer.

Nous avons constaté, au milieu d'observations relativement nombreuses, l'absence totale d'examen radiologique, aussi au cours de ce travail, nous avons essayé d'apporter à l'étude des kystes pancréatiques *la contribution particulièrement précieuse de la radiologie pour établir le diagnostic extrêmement difficile dans cette affection.*

Nous exposons l'anatomie pathologique et la pathogénie en nous appuyant sur des observations et sur des travaux récents.

Qu'il nous soit permis de remercier ici le Dr. Laederich, médecin à l'hôpital Necker, qui nous a inspiré cette

thèse ; le Dr Gally, radiologiste à l'hôpital Necker qui nous a aidé dans notre travail grâce aux précieux conseils et aux belles radiographies qu'il a bien voulu mettre à notre disposition.

OBSERVATION DU MALADE

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION

Homme âgé de 44 ans, antécédents personnels : tuberculose pulmonaire. Apparition en 1930 de crises douloureuses abdominales. Présence d'une masse tumorale dans l'hypocondre gauche ; le diagnostic est discuté entre un kyste du pancréas et un kyste de la rate. La radiologie vient confirmer le diagnostic de kyste du pancréas. L'intervention opératoire est pratiquée le 28 janvier 1932 : laparatomie, marsupialisation de la tumeur.

Suites opératoires. — La sécrétion du liquide intrakystique se tarit au bout de vingt jours, le malade quitte l'hôpital. Aujourd'hui l'abdomen est légèrement distendu, la guérison clinique date actuellement de trois mois environ.

OBSERVATION.

M. B..., manœuvre à la Compagnie des Chemins de fer de l'État, âgé de 44 ans entre à l'Hôpital Necker dans le service du Dr. Laederich pour des douleurs siégeant à l'hypocondre gauche.

Sans antécédents héréditaires ni collatéraux le malade nie toute syphilis.

Personnellement il est affligé d'une tuberculose pulmonaire ayant débuté en juin 1929 par une hémoptysie de moyenne abondance. Il séjourne dans un sanatorium six mois, où des examens successifs ont permis de confirmer le diagnostic de lésion tuberculeuse du poumon gauche.

Durant son séjour au sanatorium, le malade a eu une pleurésie droite, pleurésie enkystée qui s'est résorbée sans ponction.

La maladie actuelle a débuté en 1930 par des troubles digestifs qui sans être graves s'accroissent progressivement : vomissements bilieux, légère constipation, douleurs épigastriques vagues à type de coliques. L'état général demeure assez bon.

Ce n'est que vers le mois d'août 1931, que le malade s'inquiète ; en effet brusquement il ressent au moment de se mettre au lit une douleur assez vive étendue à toute la région hypogastrique avec prédominance à gauche et irradiation dans le dos au niveau de la 9^e et 10^e vertèbre dorsale. Cette crise douloureuse n'est pas accompagnée de vomissement ni de température, mais le malade présente une légère constipation.

Cette douleur se calme vers le matin, le malade reprend son travail.

Trois semaines environ après, survient une seconde crise douloureuse semblable à la première.

Le médecin traitant fait alors un diagnostic de gastro-entérite.

Le malade est légèrement amaigri, il perd l'appétit, mais il n'éprouve aucun dégoût pour la viande ni les

grais. Les crises se répètent ainsi, de plus en plus rapprochées et aiguës à tel point qu'il se voit dans l'obligation de cesser son travail et le 9 janvier 1932 il est admis dans le service du Dr. Laéderich.

L'examen du malade pratiqué le 10 janvier a donné :

Au point de vue pulmonaire :

A gauche : un murmure vésiculaire normal.

A droite : de la matité à la base, avec diminution de murmure vésiculaire. Une ponction pleurale pratiquée a été blanche.

Rien d'anormal du côté du système circulatoire.

L'abdomen est légèrement augmenté de volume, la palpation est douloureuse, mais ne montre rien de précis.

Le 25 janvier 1932, l'on perçoit dans la région sus-ombilicale très à gauche, la présence d'une masse qui s'est formée rapidement, attirant l'attention du malade. Cette tumeur est absolument indolente à la pression, elle présente une forme arrondie à surface lisse, sa consistance est rénitente.

Elle siège au-dessus de l'ombilic à gauche de la ligne médiane et est assez bien délimitée.

On peut assez facilement le mobiliser dans le sens transversal ; elle ne suit pas les mouvements du diaphragme.

La tumeur arrivant au contact de la paroi abdominale donnait lieu à une matité hydrique entourée d'une bande de sonorité.

Deux jours après ce premier examen, on constate que la masse a sensiblement augmenté de volume attei-

gnant l'ombilic. Parmi les organes du voisinage aucun ne donne signe de compression.

L'insuffisance pancréatique ne s'est manifestée par aucun symptôme. Les selles, n'ont rien offert d'anormal, il n'y a jamais eu ni diarrhée après les repas, ni aspect graisseux des feces.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Devant ces signes cliniques, le diagnostic reste hésitant entre un kyste de la rate ou un kyste du pancréas.

L'examen radiologique nous donne les renseignements suivants :

Après insufflation de l'estomac par ingestion d'une potion de Rivière concentrée, et insufflation du colon par voie rectale, on constate sur la radiographie obtenue, une ombre rétrogastrique épousant la forme de l'arrière cavité des épiploons.

Cette ombre a l'apparence d'une grosse rate car elle empiète dans la région sous diaphragmatique, cependant elle se trouve trop en avant pour être une rate.

Une deuxième radiographie est pratiquée après ingestion de Baryte, elle nous montre la situation et la forme de l'estomac. L'estomac apparaît opaque, et l'on aperçoit une ombre rétrogastrique avec deux dentelures paraissant refouler la paroi gastrique ; derrière l'ombre on aperçoit la première anse jéjunale.

Une troisième radiographie pratiquée de profil après ingestion de baryte nous montre derrière l'opacité gastrique, une ombre postérieure confinant à la colonne vertébrale et repoussant nettement l'estomac en avant.

Devant ces deux dernières radiographies on fait le diagnostic de kyste pancréatique.

L'intervention est décidée et pratiquée le 28 janvier 1932 par le Dr. Robineau, chirurgien à l'Hôpital Necker.

La laparotomie médiane est faite. L'estomac est refoulé en haut et accolé contre la paroi postérieure ; le colon est de même fixé en arrière, l'espace entre eux est très réduit, on arrive sur un kyste siégeant à la queue du pancréas ayant le volume d'une tête de nouveau-né, on le ponctionne puis on l'ouvre. On en retire deux à trois litres d'un liquide visqueux, de couleur grisâtre. L'orifice du kyste est agrandi pour assécher.

On pratique un prélèvement de deux fragments de la paroi kystique pour examen, et l'on essaie de fixer le kyste entre les lèvres de la plaie abdominale par une couronne de sutures. Un drain est plongé jusqu'au fond de la poche, retrécie autour de lui par deux catguts ; enfin la paroi abdominale est refermée.

Examen du liquide.

Le liquide est louche, visqueux, de coloration brunâtre.

A l'examen cytologique, on note peu d'éléments figurés, quelques rares lymphocytes, peu de polynucléaires. On ne trouve aucun microbe à l'examen direct. On fait desensemencements sur bouillon, gélose, sérum de bœuf qui donnent un résultat négatif. Le liquide est donc stérile.

Chimiquement, on trouve dans le liquide de l'amylase, de la lipase, mises en évidence par la digestion, *in vitro*, des hydrates de carbone et des graisses ; il n'y a pas de

trypsine. Ainsi le liquide ne contient pas tous les éléments du suc pancréatique.

L'examen des fragments de la paroi kystique fut pratiqué par M. Ehrenschmidt.

C'est une paroi fibrosccléreuse : microscopiquement formée d'un tissu à fibres collagènes avec lymphocytes et plasmocytes. De nombreux capillaires, disséminés çà et là, montrent une réaction suraiguë dans leur voisinage. On ne trouve aucun revêtement épithélial de la paroi, aucune trace de tissu pancréatique.

Suites opératoires.

Elles furent normales : aucune complication n'est survenue ; dès le cinquième jour, la sécrétion du liquide est tarie, elle reprend un peu le 5 février, puis définitivement se tarit. Le malade quitte l'hôpital.

Vingt jours après, sous l'écran radioscopique, on injecte du lipiodol dans la petite fistule abdominale et médiane. Le lipiodol ne parvient pas à pénétrer dans la poche, et on le retrouve 48 heures après dans le petit bassin.

Un mois après, le malade se plaint de douleurs légères dans la région épigastrique. Son abdomen est légèrement distendu, mais on ne perçoit rien à la palpation. L'état général est excellent.

Des radioscopies successives ne montrent aucune masse nouvelle dans l'arrière cavité des épiploons. La guérison tout au moins clinique et radiologique date actuellement de trois mois environ.

HISTORIQUE

Considérés tout d'abord, comme des curiosités anatomiques, des découvertes d'autopsie, les kystes du pancréas furent étudiés, seulement au cours de ces dernières années au point de vue anatomique, et on s'est appliqué à en rechercher la pathogénie.

A partir du moment où naquit l'aseptie, les grandes interventions abdominales sont couronnées de succès, et à la période anatomique des kystes du pancréas fait suite la période chirurgicale.

Si l'on ignore encore l'origine de ces tumeurs, leur aspect clinique et leur traitement sont par contre admirablement étudiés et connus.

Nous n'avons pas l'intention de faire l'historique complet des kystes du pancréas, mais il nous paraît utile, cependant, d'exposer les étapes essentielles de cette question.

Bécourt, le premier, en 1830, donne une observation complète de kyste pancréatique et la description détaillée d'une pièce, jusqu'alors inconnue (thèse, Strasbourg, 1830).

Engel, en 1840, dans les deux cas publiés par lui discute, au point de vue de la pathogénie des kystes du pancréas, le rôle de la rétention.

En 1865, M. le Dentu, alors aide d'anatomie, étudie dans un remarquable rapport à la Société d'anatomie, les symptômes, la pathogénie et l'évolution du kyste pancréatique. Un grand pas est franchi, car on peut estimer que de ce rapport date l'histoire de ces tumeurs. Malheureusement le traitement reste inconnu.

Jusqu'en 1891, Janeway (1878), Thierch (1879), Gus-senbauner (1883), Billroth, Sen (1885), publient des observations de kystes pancréatiques diagnostiqués et traités avec plus ou moins de succès.

Enfin en 1891, Bockel apporte à l'étude des kystes du pancréas une contribution très importante, se faisant le défenseur de la théorie de la rétention.

Hartmann et son école en 1891, en faisant intervenir dans la pathogénie des kystes, la néoplasie bouscule la théorie de la rétention, et une série de thèses parues à cette époque reflètent la diversité des opinions.

Villar, dans son rapport au Congrès de Chirurgie de 1905 admet les deux pathogénies défendues.

Carré fait accréditer une nouvelle pathogénie, celle de l'autodigestion avec nécrose, reprise par Quenu en 1911.

Enfin, en 1912, paraît une revue de Mathieu sur les kystes du pancréas en général.

Actuellement la pathogénie des kystes pancréatiques est encore discutée.

ETIOLOGIE

Les kystes du pancréas sont relativement rares. De 1883 à 1894, Hale White sur 6000 autopsies, en a rencontré 40.

Au Congrès Allemand de Chirurgie en 1907, Mortens en signalait 227 cas ; Kigenski en 1909, dans la *Gazette Likarska* porte ce chiffre à 240.

Depuis 1911 les observations apportées au Congrès de Chirurgie portent leur nombre à plus de 400.

Mais l'intérêt de ces statistiques est notablement diminué du fait que l'on range sous ce titre un très grand nombre de tumeurs kystiques qui n'ont avec les kystes pancréatiques qu'un rapport commun, celui de se développer dans la même région.

Les kystes vrais, qui nous intéressent sont en réalité exceptionnels ; ils diminuent à mesure que s'étendent nos moyens d'investigations histologiques.

Et Quenu en 1911 disait que les kystes du pancréas étaient pour le plus petit nombre des kystes vrais et de néoformation, et pour le plus grand nombre des pseudo-kystes nés par auto digestion d'un foyer pancréatique.

Lazarus en 1904 rapportait 21 cas de kystes vrais ; Edling en 1911 réduisait ce nombre à 11 après vérification anatomique.

Les kystes du pancréas se montrent, en général chez les adultes entre 30 et 50 ans. Ils sont tout à fait rares au-dessus de 50 ans. Schlesinger (Vienne) sur 2.000 autopsies de vieillards, pratiquées par lui, n'en a trouvé que deux cas.

Cette affection est plus exceptionnelle encore chez les enfants : Telling et Dolson en ont publié un cas observé chez une fillette de 11 mois. Trois ou quatre autres cas seulement ont été publiés par différents auteurs.

Le sexe ne paraît pas avoir quelque influence sur leur développement, bien que Bas dans sa thèse écrive qu'on trouve le kyste 15 fois chez la femme pour une fois chez l'homme.

Quelles sont les causes déterminantes des kystes pancréatiques? Cette question est encore loin d'être élucidée. On trouve à invoquer à leur origine des causes assez limitées. De ce nombre sont les traumatismes :

Le traumatisme est, en effet, très souvent rapporté dans les antécédents du kyste pancréatique. Il semble cependant que l'importance d'une violence extérieure soit plus apparente que réelle, et il est très possible que l'importance de cette cause soit expliquée par la confusion dans laquelle on est tombé en ce qui concerne les pseudo-kystes et les kystes. Le traumatisme peut, en effet, provoquer la formation d'un hématome qui se ramollira par nécrose ou par auto-digestion.

En se bornant aux kystes proprement dits, on revient éternellement à la question de l'influence du traumatisme sur l'apparition des tumeurs, sur la production des cancers viscéraux.

Le traumatisme, quand il est modéré, peut favoriser la formation d'un kyste par rétention, en raison de la sclérose et de l'infection légère qu'il entraîne. Quand il est violent, il a sans doute, une action capitale dans l'apparition de certains kystes hématiques.

On a aussi invoqué comme cause de production des kystes pancréatiques, les maladies infectieuses : typhoïde gastro-entérite, tuberculose et les intoxications ; l'alcoolisme entre autres, a été incriminé, de même la grossesse.

Enfin Lecène, ces dernières années, à la Société de Chirurgie de Paris, a montré les rapports de cette affection avec la lithiase biliaire.

Les tumeurs et les ulcères du duodénum, les ulcères du pylore, les cancers du pancréas, les pancréatites chroniques ont été également incriminés.

Cependant, si l'on est à peu près certain de l'étiologie des pseudo-kystes du pancréas, celle des kystes vrais demeure encore dans le domaine du vague.

PATHOGENIE

La pathogénie des kystes pancréatiques est, sans en douter, le chapitre le plus discuté de la question. Nous n'avons pas la prétention d'apporter ici des conceptions nouvelles, nous nous bornerons à résumer, les diverses théories émises à ce sujet.

1^o La rétention est la plus anciennement connue ; l'expérimentation ne semble pas favorable à cette idée. Ceux qui, à l'exemple d'Arnozan et Vaillard, ont pratiqué la ligature du canal de Wirsung chez l'animal, n'ont jamais obtenu la production de kystes et n'ont constaté que des nécroses et des atrophies glandulaires.

On doit, en effet, comme le fait remarquer Delbet, opposer à la brutalité et à la rapidité de la ligature, la lenteur progressive avec laquelle se réalise chez l'homme l'obstruction des canaux pancréatiques.

La rétention s'accompagne souvent d'inflammation, de sclérose qui vient augmenter la gêne à l'excrétion. Ce seront donc des conditions favorables à la formation de cavités kystiques.

2^o En 1891 fut défendue pour la première fois, en France, par Hartmann, la théorie de la Néoplasie. En effet, au Congrès de Chirurgie de 1891, Hartmann consi-

dère comme néoplasique la plupart des kystes du pancréas.

Les expériences de Carnot sur les greffes de muqueuses nous montrent que la prolifération épithéliale aboutit à la formation de cavités kystiques, ce qui expliquerait la genèse des petits kystes dûs au développement des cellules canaliculaires et aussi l'apparition des grands kystes à caractère néoplasique plus ou moins malins.

Brumo Hippel (thèse de Greifswald 1908) dit que si la prolifération se limite aux conduits excréteurs, on a un cystome, si elle s'étend à l'épithélium glandulaire, on a un cystoadénome ;

3° En 1898, Korte ; en 1905 Carré ; enfin en 1911 Quenu, apportent à la pathogénie des kystes du pancréas, une nouvelle théorie : celle de la nécrose.

La présence au sein du liquide de masses de tissus pancréatique indiquerait bien une auto-digestion, une nécrose partielle. Un autre argument en faveur de l'origine nécrotique est l'absence fréquente de revêtement épithélial à la partie interne de la poche kystique ; mais le manque de cet épithélium de revêtement est un fait souvent observé dans les kystes, quelles que soient leur localisation et leur cause.

Quenu conclut que les grands kystes du pancréas sont pour le plus petit nombre des kystes néoplasiques, pour le plus grand nombre des pseudo-kystes nés par auto-digestion d'un foyer de pancréatite ; les kystes par rétention ne sont que des dilatations des conduits pancréatiques, trouvailles d'autopsies sans intérêt pour le chirurgien.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes du pancréas sont quelquefois de dimensions très restreintes, n'offrant qu'un intérêt anatomique, qu'on ne découvre en général qu'au cours d'une autopsie. D'autres, sont au contraire considérables, contenant plusieurs litres de liquide ; ceux-là seuls intéressent la clinique.

Les petits kystes peuvent être répartis dans tout le parenchyme glandulaire, donnant au pancréas cet aspect particulier que Klebs a décrit sous le nom « d'acné pancréatique »

Dans cette variété, il faut classer ces petits kystes s'ouvrant dans le canal de Wirsung en série de dilations en chapelet si bien décrits par Virchow.

De même les petits kystes microscopiques de Carnot : ces petits kystes contiennent un liquide séreux, visqueux, plus souvent trouble, rarement clair, de teinte jaunâtre ou brunâtre.

Au point de vue microscopique, on note un aplatissement de l'épithélium coïncidant avec une sclérose plus ou moins étendue des conduits exréteurs et des acinis.

Ces petits kystes sont manifestement de vrais kystes.

Les grands kystes présentent d'ordinaire un volume

variant de celui d'une orange à celui d'une tête d'adulte. Ils peuvent être plus volumineux encore, au point d'en imposer pour une axite ; ils assiègent le plus souvent dans la queue, dans le corps, rarement dans la tête du pancréas.

Leur forme est régulière, arrondie et leur paroi est lisse, d'apparence fibreuse, blanchâtre. Rarement elle peut apparaître bosselée.

Ils sont uniloculaires ou multiloculaires, inclus d'abord dans la glande, ils arrivent à en émerger et lui demeurent quelquefois fixés par un pédicule. Ordinairement ces kystes sont sessiles, implantés largement sur le pancréas.

Par sa face interne, la paroi du kyste paraît irrégulière, donnant selon Delbet, une vague ressemblance avec celle du cœur. Elle porte, assez souvent, des saillies, des végétations molles, analogues à celles que l'on constate dans les cysto-épithéliomes de l'ovaire. On y voit de nombreux vaisseaux sanguins qui expliquent la facile production dans ces tumeurs d'hémorragies, soit spontanément soit à la suite d'une ponction.

La paroi est formée d'un tissu fibreux, tapissée d'une rangée de cellules cylindriques, dont l'origine canaliculaire paraît être apparente.

Très souvent, toute trace de revêtement interne fait défaut. On peut aussi, quelquefois rencontrer comme faisant partie de la paroi une couche de tissu pancréatique sclérosé.

Les kystes s'accroissent lentement en refoulant en avant les organes abdominaux ; rarement, sinon ja-

mais, ils regagnent la région postérieure de l'abdomen. Ils arrivent à faire saillie entre le foie et l'estomac, recouverts par l'épiploon gastro-hépatique, ou bien repoussant l'estomac en haut et le côlon transverse en bas venant ainsi se coiffer du grand épiploon. Korte a insisté sur cette dernière disposition qui, d'après lui est la plus répandue.

La tumeur peut être mobile, parce que siégeant sur la queue, et pédiculisée, ne contractant pas d'adhérences ; c'est l'exception. Le plus souvent elle est fixe, parce que encapsulée dans la glande, ou parce qu'elle présente des adhérences avec les organes voisins.

Une dernière variété enfin représente des kystes immobiles, parce qu'infimement fusionnés avec la glande ; nous avons à faire dans ce cas, aux pseudo-kystes.

Le contenu du kyste est du liquide : liquide en quantité variable suivant la dimension de la tumeur, pouvant atteindre dix, quinze et même vingt litres. Il est rarement clair et séreux ; on l'a vu quelquefois citrin et même aqueux. Le plus ordinairement il est visqueux, gommeux, jaunâtre ou verdâtre, brun-chocolat ; cette dernière coloration est due à des hémorragies intra-kystiques.

Sa densité varie entre 1015 et 1020. Sa réaction est le plus souvent alcaline, dans un cas de Bozemann elle était acide.

On peut rencontrer dans ce liquide des fragments de cloisons.

Au point de vue chimique, il contient de l'albumine, de la paralbumine, de la mucine, des chlorures, quelquefois du sucre, de la potasse et de la soude, de la cholesté-

térine, plus rarement de l'urée, de la leucine et de la tyrosine.

Les caractères les plus importants sont la présence dans son sein de ferments pancréatiques. Ce sont la trypsine, la stéapsine, l'amylopsine. On les trouve rarement les trois ensemble dans le même kyste. La recherche de ces ferments est en général très aisée par méthode des réactions courantes.

Au point de vue cytologique, on reconnaît des globules rouges, des globules blancs et de grandes cellules épithéliales en dégénérescence.

L'examen microscopique y révèle des cristaux de phosphate de chaux.

CLINIQUE

Les kystes du pancréas n'ont pas une symptomatologie propre, mais commune avec beaucoup d'autres tumeurs abdominales.

Début. — D'une façon générale, c'est insidieusement que la maladie s'établit, s'opposant ainsi au début des pseudo-kystes traumatiques et des kystes hématiques.

Ses premières manifestations consistent en troubles digestifs tels que l'inappétence, la lenteur et les difficultés de la digestion, et enfin des vomissements.

Ces syndromes sont accompagnés de douleurs localisées à la partie supérieur de l'abdomen. Il n'y a là en somme que des signes tout à fait vagues.

Il est cependant des cas où le kyste se révèle par un syndrome dramatique : douleur épigastrique violente avec vomissement, constipation pouvant prêter confusion avec une pancréatite hémorragique.

Tumeur. — A l'inspection, lorsque la tumeur atteint un certain volume, elle fait saillie à la partie supérieure de l'abdomen. Elle est localisée le plus souvent dans l'hypocondre gauche, plus rarement à l'épigastre, quel-

quefois dans l'hypocondre droit. Ce qui démontre la prédilection des kystes pour la queue du pancréas.

La tuméfaction peut atteindre encore la partie inférieure de l'abdomen, au-dessous de l'ombilic ou la symphyse pubienne.

Lorsqu'il s'agit d'un kyste volumineux, tout le ventre est distendu donnant l'impression d'un grand kyste de l'ovaire ou d'un épanchement ascitique. L'on peut voir dans ces cas, de la circulation collatérale témoignant d'une compression de la veine cave.

A la palpation, la tumeur est peu sensible à la pression, elle se présente ordinairement avec une forme arrondie, à surface lisse, rarement bosselée et irrégulière. Sa consistance est élastique et rénitente; elle offre exceptionnellement les caractères nets de la fluctuation. Elle est mobilisable, le plus souvent, à l'inverse des pseudo kystes qui sont toujours immobiles.

Il est évident cependant qu'un kyste volumineux ne jouit que de peu de mobilité, de même qu'un kyste ayant contracté des adhérences peut être fixé aux organes voisins.

Certains kystes peuvent être transportés du côté droit au côté gauche de l'abdomen. Cette mobilité est en rapport avec l'existence d'un pédicule

En général, les kystes pancréatiques appartenant à un organe solidement fixé à la paroi ne sont pas mobiles avec la respiration. Cependant ils peuvent suivre les mouvements du diaphragme et prêter à confusion avec des tumeurs hépatiques ou rénales (observation personnelle).

Le phénomène dit du ballotement a été observé par Delagemère et par Quenu.

Enfin, les kystes peuvent transmettre les battements de l'aorte abdominale en raison des rapports que le pancréas affecte avec ce vaisseau.

La *percussion* varie avec le volume du kyste. Lorsque la tumeur est petite, le doigt percutant la région pancréatique ne relève qu'une sonorité normale ou tout au plus une submatité douteuse. Dès qu'elle atteint un certain volume, il repousse les organes abdominaux et tend à se mettre en contact avec la paroi. Cette évolution se traduira par une zone de matité entourée d'une bande de sonorité. Sonorité de l'estomac en haut, du colon transverse en bas ; plus rarement sonorité du colon transverse en haut et de l'intestin grêle en bas. (Voir figures).

Ces signes pourront être rendus plus évidents par l'insufflation que la distention de l'estomac et du colon. Plus rarement la matité du kyste se confondra avec celle du foie. On conçoit les difficultés diagnostiques qui peuvent résulter de pareilles dispositions.

SIGNES FONCTIONNELS.

La douleur. — De tous les signes fonctionnels celui qui attire le plus l'attention des malades, c'est la douleur.

Il s'agit d'une douleur épigastrique plus ou moins violente, sourde, continue, siégeant en général dans la région sus-ombilicale ou dans l'hypocondre gauche. La douleur se manifeste le plus souvent après les repas sous forme de crises aiguës, violentes, pouvant affecter

le type en broche, irradiant vers l'ombilic la région lombaire, le mamelon gauche, l'épaule gauche et même l'épaule droite. Elle peut ainsi rappeler la douleur de la colique hépatique ou celle de l'ulcère gastrique.

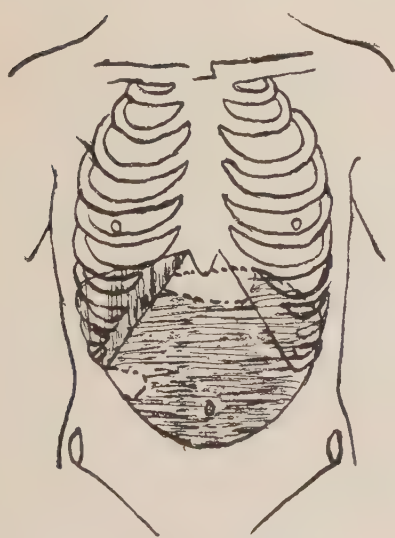


FIG. I

Kyste du pancréas. Matité à la percussion dans toute son étendue excepté à la partie supérieure (1^{re} zone claire) de temps à autre, sonorité sur le côté droit (2^e zone claire). (Bull).

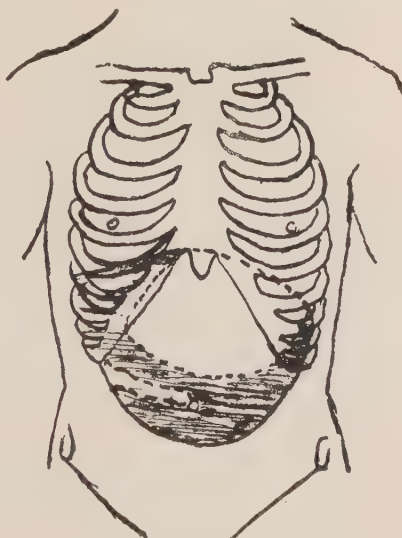


FIG. II

Kyste du pancréas. Examiné après insufflation de l'estomac, la résonnance du bord droit qui était intermittente gagne la ligne médiane; la sonorité s'étend sur les deux tiers de la tumeur (Bull).

La durée de la crise est variable, elle peut durer plusieurs jours, et se reproduire à intervalle de trois mois.

En résumé le kyste du pancréas dit Gosset, est le plus douloureux des kystes abdominaux.

Les troubles digestifs. — Les malades perdent l'appétit, et l'anorexie se manifeste pour la viande et les graisses. Ils présentent de la sialorrhée, des nausées, des vomissements alimentaires survenant dans l'intervalle des crises, parfois ils sont particulièrement abondants, ce qui serait en rapport avec une compression du pylore ou du duodenum.

Les kystes pancréatiques ne paraissent pas présenter de syndrome glandulaire. Ceci s'explique par le fait que ces kystes siègent en général à la queue, qu'ils n'entraînent la destruction que d'une portion minime de la glande, et qu'il reste toujours assez de parenchyme pour assurer la sécrétion nécessaire à la digestion intestinale.

L'intestin réagit de façon diverse, et on trouve signalées tantôt de la diarrhée, tantôt de la constipation allant jusqu'à l'obstruction intestinale.

Etat général. — Le retentissement de ces tumeurs sur l'état général est important.

L'amaigrissement est rapide et considérable pouvant atteindre jusqu'à quinze kilogrammes en quelques mois ; il peut manquer en vérité, et nous avons rencontré plusieurs observations et la notre en particulier, où le malade avait conservé son embonpoint. L'amaigrissement coexiste avec une asthénie progressive, allant jusqu'à l'anéantissement.

Les téguments présentent, chez certains sujets, une coloration rappelant celle de la maladie d'Addison ; mais ce fait est très rare.

La température reste normale, le pouls bon et bien frappé.

L'analyse des urines décèle d'une façon très exceptionnelle la présence d'albumine ; de même la glycosurie est très rare.

Nichols en a observé un cas ; la glycosurie apparaît après une ponction et comme premier symptôme d'un diabète pancréatique ; d'ailleurs à l'autopsie la glande était entièrement détruite.

Dans une observation de Paul Delbet, la glycosurie atteignait un taux considérable (67 gr. 90) elle n'apparût que trois mois après le début du kyste et disparût après intervention, puis revint et persista jusqu'à la mort.

La rareté de cette glycosurie, dit Pierre Delbet peut s'expliquer, par la persistance d'une quantité suffisante de pancréas sain ; toutefois il est remarquable que la glycosurie n'est pas accompagnée des autres signes ordinaires du diabète.

Les kystes du pancréas peuvent déterminer des accidents de compression :

Les organes intéressés sont la veine porte, la veine cave, le diaphragme, l'intestin le cholédoque, d'où ascite, œdèmes malléolaires, subictère, dyspnée, péristaltisme avec débâcle et gargouillement, occlusion intestinale, rencontrés souvent chez ces malades.

Tel est l'ensemble des signes que présentent les malades atteints de kystes du pancréas.

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

Les kystes du pancréas ont une évolution progressive, assez lente. La maladie évolue en général en dix-huit mois à deux ans. On connaît des cas qui ont duré vingt ans à vingt-huit ans. Souvent ils sont découverts au hasard d'un examen, ou au milieu de l'état d'une complication : souvent le kyste s'accroît brusquement, quelquefois il se fait par poussées successives.

Les kystes n'ont aucune tendance à guérir spontanément, ils conduisent progressivement le malade vers un degré de cachexie qui se termine par la mort ; la fin peut être précédée de l'apparition ses signes de généralisation par métastases ; c'est ce qui se produit dans les kystes à évolution maligne sur lesquels Hartmann a attiré l'attention. Cette évolution est souvent modifiée par l'apparition de complications.

1° La rupture du kyste dans la cavité péritonéale a été signalée, donnant un épanchement sanguinolent et un tableau plus ou moins comparable à celui de l'inondation péritonéale par grossesse tubaire.

La rupture après adhérence à l'estomac ou l'intestin peut se faire dans ces organes.

2° La suppuration des kystes est encore une compli-

cation : douleurs, élévation de température, un retentissement péritonitique en signaleront l'apparition.

3° Une autre complication est l'hémorragie intrakystique, produite sous l'influence de la distention des petits vaisseaux très fragiles qui irriguent la face interne du kyste.

Les kystes du pancréas doivent être considérés comme des affections graves. Il importe d'en faire un diagnostic précoce afin que les risques opératoires soient moins graves. Opérés au début, l'opération ne se heurte à aucune difficulté, elle devient dangereuse lorsque la tumeur devient volumineuse, lorsque les adhérences s'organisent, qu'elle est richement vascularisée,

DIAGNOSTIC

D'après ce que nous venons de dire sur la symptomatologie des kystes pancréatiques, nous voyons à quel point est difficile leur diagnostic.

Impossible à la période de début, il n'est qu'exceptionnellement établi avant la laparatomie.

L'errement vient de ce que, d'une part la physiologie du pancréas est incertaine, et surtout de l'absence habituelle des signes du pancréas, rendant l'examen fort difficile.

DIAGNOSTIC POSITIF.

Le diagnostic de Kyste de pancréas se base avant tout sur l'interrogatoire et l'examen du malade.

Les troubles fonctionnels marquent souvent, et l'on ne peut rien affirmer de leur relation avec le kyste lorsqu'ils existent. En effet, nous avons vu des troubles digestifs avec des kystes très mobiles incapables de faire obstacle au circuit alimentaire.

De même si l'on pense à l'action du tiraillement du plexus solaire, une simple ptose viscérale peut donner le même symptôme.

Les signes physiques, eux non plus ne sont pas carac-

téristiques. Bien que le professeur Delbet ait porté le diagnostic de kyste du pancréas en se basant sur le siège de la tumeur à gauche, et sa situation rétrointestinale sans contact lombaire, nous ne croyons pas que ce soit la règle.

Les chirurgiens ont dû faire appel à différentes manœuvres :

L'insufflation de l'estomac et du côlon est une des meilleures méthodes pour préciser le siège rétroperitonéal d'une tumeur abdominale. La distension du côlon par injection intestinale a été aussi préconisée.

La radiologie est un élément indispensable à l'élaboration du diagnostic. Étant donné son importance, nous consacrerons un chapitre spécial à cette question.

A côté des éléments cliniques, les éléments de laboratoire sont précieux :

Examen du sang. — La constatation d'une éosinophilie marquée, attirerait l'attention sur un kyste hydatique, vérifié par la réaction de Weinberg.

L'hyperleucocytose ferait penser à une lésion suppurative.

L'examen des urines ne paraît pas mériter beaucoup d'attention.

Ainsi aucun signe clinique, aucune réaction de laboratoire ne nous permettra de porter le diagnostic certain de kyste du pancréas, et la rareté de cette affection explique que les cliniciens n'aient pensé à elle par élimination.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1^o Diagnostic avec les tumeurs intra péritonéales :

a) Le plus fréquemment les kystes sont confondus avec une affection du foie. Cependant on arrive à les distinguer du kyste hydatique de cet organe : matité continue avec celle du foie, urticaire, troubles digestif, les antécédents, réaction de Weinberg.

b) Les dilatations de la vésicule biliaire seront dépistées au point douloureux spécial qui les caractérise à l'ictère qui les accompagne fréquemment, aux antécédents souvent lithiasiques du malade.

c) Les tumeurs liquides de l'ovaire doivent retenir l'attention. Elles prêtent à confusion si l'on a à faire à un volumineux kyste du pancréas pédiculé tombant très bas. L'interrogatoire du malade pourra mettre sur la voie : la tumeur s'est-elle développée de haut en bas ou de bas en haut. S'il reste un doute on se rappellera le principe du plan incliné d'Hartmann « les tumeurs nées de la partie supérieure de l'abdomen et descendues de l'excavation, retournent à leur lieu d'origine lorsqu'on élève le bassin ».

d) Les tumeurs de la rate et surtout le kyste de la rate sont extrêmement difficiles à séparer des kystes du pancréas, surtout de ceux de la queue de l'organe. Hormis la continuité avec la rate, rien ne peut permettre de différencier les deux affections : même situation anatomique, mêmes rapports ou à peu près, donc impossibilité du diagnostic.

2° Diagnostic avec les tumeurs rétro-péritonéales.
Le diagnostic avec ces tumeurs est encore moins net.

a) L'hydronéphrose sera caractérisée par l'existence de troubles urinaires et par le résultat du cathétérisme de l'urètre.

b) Les kystes rénaux sont mal caractérisés par un ballotement inconstant et un syndrome urinaire peu net.

c) Les kystes des capsules surrénales beaucoup plus rares seront à peu près impossibles à distinguer. Terrier (*Rev. de Chir.* 1906) a pu en extirper un et le prendre durant tout le cours de l'opération pour un kyste du pancréas ; seul l'examen histologique vint rétablir la vérité.

d) Les néoplasmes du mésentère, les foyers de péritonite enkystée peuvent prêter à confusion, mais ils conservent en avant d'eux, une zone de sonorité plus considérable que les kystes pancréatiques.

3° On comprendra, d'après la difficulté de ce diagnostic, qu'il serait vain au point de vue clinique d'essayer d'établir la nature glandulaire du kyste.

Le pseudo-kyste, devra être considéré comme probable si la tumeur est apparue après un traumatisme ; un délai de plusieurs semaines ou de quelques mois entre le traumatisme et la constatation de la tumeur sera encore en faveur du pseudokyste.

Ce serait s'épuiser en vaines discussions théoriques que de vouloir pousser plus loin le diagnostic des différentes variétés de kystes du pancréas.

Si les kystes du pancréas peuvent être diagnostiqués par le simple examen clinique, le plus souvent ils ne pourront être reconnus d'une façon certaine qu'au cours d'une laparatomie expéoratrice.

LA RADIOLOGIE DANS LE DIAGNOSTIC DES KYSTES PANCREATIQUES

La radiologie peut nous donner au point de vue du diagnostic des kystes pancréatiques des renseignements très utiles.

Plusieurs méthodes doivent être employées : l'examen simple, l'examen après ingestion d'un repas opaque, l'insufflation gastro-colique, et enfin le pneumo-péritoine.

Chez un sujet dont le pancréas est normal, il est souvent possible de percevoir l'ombre de la queue, qui se confond avec celle du pédicule splénique. Le sujet doit être placé en décubitus ventral, l'écran sur le dos et l'ampoule disposée de manière à dissocier les ombres splénique et rénale.

La queue du pancréas se présente sous la forme d'un large ruban, peu visible et à bords imprécis. Elle s'estompe de plus en plus à mesure qu'on se rapproche de la tête et disparaît finalement dans les ombres voisines. Telles sont les connaissances actuelles sur l'exploration du pancréas normal. La tête et le corps restent donc inexplorables.

Les déformations pathologiques élargissent les possi-

bilités d'exploration. Les tumeurs de la partie droite modifient les images pyloriques et duodénales obtenues après repas opaque. Des images lacunaires apparaissent, bien différentes de celles qui sont données par les tumeurs qui siègent sur ces organes.

L'élargissement de l'aire comprise entre les trois premières portions du duodénum est un signe de réelle valeur, mais d'appréciation difficile, car la dimension de cette aire varie d'un sujet à l'autre.

L'examen radiologique simple n'est pas d'un grand secours, il montre toutefois une opacité correspondant à la tumeur, mais les limites en sont floues et les rapports anatomiques imprécis.

On lui adjoint toujours l'ingestion d'un repas opaque suivant la méthode usuelle. Ce second procédé nous montre avec une introduction normale de bouillie barytée, la situation et la forme de l'estomac. On ne trouve pas d'ombres tumorales, mais l'examen permet de constater que le contour de certains organes est normal et que la tumeur ne siège vraisemblablement pas sur eux. Ainsi la méthode aide au diagnostic par élimination.

Les kystes du pancréas, lorsqu'ils se développent sur la partie moyenne ou droite du pancréas bénéficient pour le diagnostic de l'avantage d'être placés à proximité de l'estomac et du duodénum. Des déformations, parfois très importantes peuvent en résulter sur les images obtenues à l'aide de repas opaque et permettent d'orienter le diagnostic vers cette hypothèse.

Nous rapportons cette observation recueillie dans la thèse de Locayo (Paris 1923) d'un malade qui ne présen-

tait aucun symptôme clinique appréciable, en dehors de la constatation d'une tumeur de la région ombilicale, mais un peu à gauche. L'examen par la méthode du repas opaque montra une image lacunaire située à proximité du pylore ; le transverse était au-dessous de la tumeur. Grâce à cette méthode on put remonter au diagnostic : le trajet intestinal était en effet normal, et la déformation de l'estomac ne pouvait être produite que par un élément situé à proximité.

L'intervention chirurgicale, permet de confirmer le diagnostic de tumeur pancréatique.

De connaissances récentes sont les deux dernières méthodes.

L'*insufflation gastrique* se pratique en faisant ingérer au malade une poïon de Rivière : le gaz carbonique se dégage, distend l'estomac et le rend absolument transparent.

L'*insufflation colique* se fait au moyen d'une poire de thermo-cautère qui puisant le gaz dans un ballon de caoutchouc, l'envoie dans le rectum au moyen d'une sonde. On emploie de préférence le gaz carbonique qui n'est pas douloureux et se résorbe rapidement. L'insufflation gastro-colique délimite la tumeur sur ses bords droit et inférieur, elle montre le contour hépatique et élimine l'hypothèse d'une tumeur hépatique ou splénique. Elle peut aider ainsi au diagnostic par élimination.

Quant au *pneumo-péritoiné*, il consiste à injecter, au moyen de l'appareil de Kuss et sous faible pression (au maximum 10 à 15 cm. d'eau environ deux ou trois litres d'oxygène (Ribadeau-Dumas, Mallet et Laulérie) ou

du gaz carbonique (Béclère) ou encore un mélange des deux.

Le gaz s'infiltré entre chaque organe, forme autour d'eux une couche transparente et permet ainsi de voir exactement les contours des organes abdominaux et de toutes les tumeurs avec leurs connexions exactes.

Mais l'emploi de ce procédé, cependant, doit être prudent en raison de ses dangers : syncope, emphysème, embolie gazeuse et présence de la tumeur péritonéale.

Le pneumo-péritoine montra dans le cas de Locoyo (thèse, Paris, 1923), une image à peu près normale qui permit de dire que la tumeur n'était pas d'origine rénale, hépatique, ni splénique.

Le décubitus dorsal avec l'éclairage horizontal montra une image opaque allant au contact de la paroi abdominale antérieure. Une pareille image, en vérité, pouvait être donnée aussi bien, par une tumeur pancréatique qu'intestinale ou mésentérique, ou par un gâteau de pénitonite bacillaire.

Chez notre malade les examens radiologiques ont été faits suivant les procédés d'insufflation et du repas opaque, en voici les résultats.

1^o Après insufflation, l'examen radiologique permet de voir une masse opaque dirigée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, distincte de la rate visible sous le sinus costo diaphragmatique gauche. Une masse à contours assez réguliers, peu mobile, non douloureuse, refoule l'estomac à droite et en avant, le colon gauche en bas et en dehors. Elle paraît nettement sus-mésoco-

lique et n'abaisse pas l'angle splénique du colon comme on le voit dans les splénomégalie. Elle n'est pas inscrite dans l'angle colique gauche, comme en cas de tumeur rénale.

Le foie et la rate sont de volumes normaux (voir schéma I et radiographie n° I).

2° L'estomac rempli avec de la gélobarine porte sur la grande courbure une empreinte, par compression du kyste, empreinte à contour flou qui n'a aucun caractère d'image lacunaire néoplasique et qui se déplace dans les différentes positions du malade. Cette déformation gas-



SCHÉMA I

Position frontale après insufflation du colon.

trique paraît bien due à une masse étrangère à la paroi gastrique. Cette empreinte est également différente de l'impression normale ou pathologique de la rate placée généralement plus haut.

A remarquer que même en position debout il n'y a pas de niveau horizontal dans la grosse tubérosité gastrique, à cause du refoulement produit par le kyste pancréatique.

Il faut noter encore une compression de l'angle duodéno-jéjunale par le pôle inférieur du kyste. (Voir schéma II et radiographie n° 2).



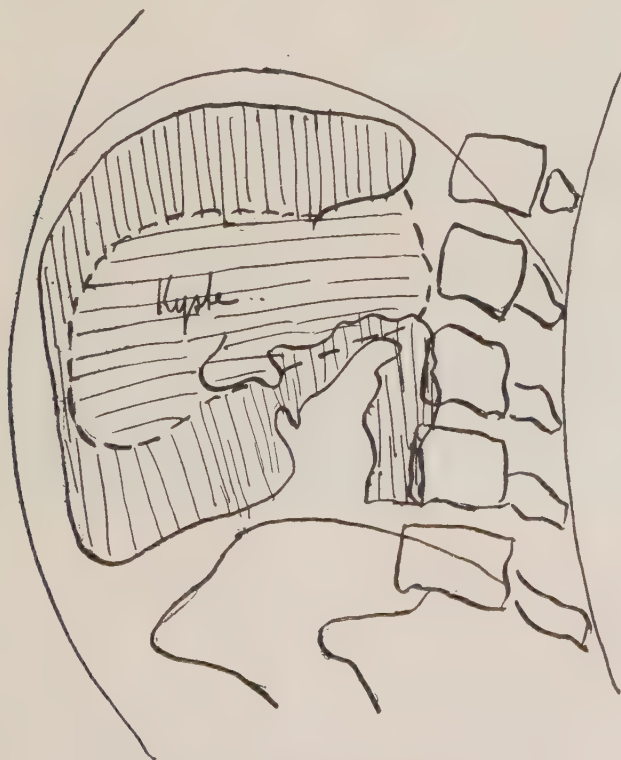
SCHEMA II

Position frontale et debout.

De profil, on retrouve la présence du kyste dans l'arrière cavité des épiploons avec refoulement de la paroi postérieure de l'estomac d'arrière en avant. (Voir schéma III et radio n° 3).

Devant de telles images on a pu établir le diagnostic d'un kyste de la queue du pancréas, diagnostic qui a été reconnu exact après intervention chirurgicale.

En résumé, après repas opaque, les tumeurs du pancréas se projettent généralement entre le côlon et l'estomac, à la limite des étages sus-coliques droit et gauche



SCAEMA III

Profil gauche position debout.

et elles produisent des aspects lacunaires sur les images gastriques.

Ce procédé est incontestablement le plus utile pour affirmer le diagnostic.

L'insufflation gastro-colique est une excellente méthode de localisation, supérieure à ce point de vue au pneumopéritoine, mais elle ne donne que des renseignements grossiers sur le contour des organes.

Quant au pneumopéritoine, il est excellent pour l'examen précis du contour des organes, mais c'est une méthode dangereuse, comme nous l'avons dit plus haut.

PLANCHE I



Position frontale après insufflation du colon



Position frontale et debout



Profil gauche, position debout

TRAITEMENT

Le traitement des kystes du pancréas est essentiellement chirurgical.

Les méthodes ont variées avec le développement de la chirurgie.

Jusqu'en 1880, les kystes du pancréas sont abandonnés à leur évolution.

En 1865, Le Dentu condamnait l'ouverture par les caustiques suivant la méthode de Récamier, de même que l'incision en deux temps.

En 1884, la ponction avec ou sans aspiration est pratiquée par Dixon, elle est remise en honneur par R. Burmeister en 1904.

C'est Thiersch qui réalisa la première marsupialisation en 1879 et Bosemann la première extirpation en 1881.

De nos jours seuls ces deux derniers modes de traitement sont utilisés :

1^o *Marsupialisation*. — En général l'incision est faite sur le point le plus saillant de la tumeur. Elle est verticale, dépassant par en bas l'ombilic et commençant au voisinage de l'appendice Xiphoïde. Pour découvrir le kyste et le mettre à nu, il faudra inciser soit l'épiploon

gastro-colique, soit plus rarement le mésocolon transverse ou l'épiploon gastro-hépatique.

C'est en refoulant l'estomac vers le haut et le colon transverse vers le bas qu'on arrivera sur le kyste. Après avoir protégé la grande cavité péritonéale par des compresses, le kyste est vidé par ponction puis il est ouvert plus largement et amené entre les lèvres de la plaie abdominale, auxquelles il sera fixé par une couronne de sutures. Un drain volumineux et plongeant jusqu'au fond de la poche en assurera l'évacuation permanente. Si le kyste ne peut être amené jusqu'au contact de la paroi, on peut être tenté de maintenir un drain entouré de compresses de gaze protégeant la grande cavité péritonéale et de laisser les adhérences s'établir d'elles-mêmes. Il est plus sage en pareille circonstance de pratiquer une contre ouverture lombaire en se guidant sur une longue pince introduite dans le kyste. Quand le drainage par voie lombaire aura été réalisé, l'incision antérieure sera suturée et la paroi abdominale sera ensuite refermée.

2° *Extirpation.* — Elle est totale ou partielle.

A) *Extirpation totale.* Même procédé que la marsupialisation pour atteindre le kyste. Le chirurgien ayant pris contact avec la tumeur, l'isole des parties environnantes. Si le néoplasme n'est pas trop volumineux, il est préférable de ne pas le ponctionner, ses limites seront plus faciles à déterminer. Dans le cas contraire, c'est après ponction préalable que, l'orifice étant oblitéré par une pince à kyste, l'isolement sera pratiqué.

En cas de pédicule, on arrivera en fin de compte sur celui-ci qui sera lié. Si le kyste est sessile, on sera conduit sur le tissu pancréatique dont il faudra pratiquer l'hémostase. Le temponnement ou le simple drainage trouveront là souvent une indication.

B) *Extirpation partielle.* Ayant pratiqué les manœuvres préliminaires de l'extirpation totale, ayant isolé la tumeur sur une certaine partie de son étendue, le chirurgien se heurte à des adhérences par trop difficiles ou par trop dangereuses à rompre : ce sont les vaisseaux spléniques, c'est la veine porte, c'est l'estomac ou autre organe du voisinage qui menace d'être intéressé par l'instrument tranchant.

On abandonne l'idée d'extirpation totale et on attire le kyste fortement en avant, on le fixe aux lèvres de la plaie, comme dans la marsupialisation et on resèque toute la portion extériorisée.

Critique de ces procédés. — Théoriquement l'extirpation totale est la méthode la plus logique, celle qui donnera la guérison la plus rapide, par la suppression de toute la tumeur, supprimant la généralisation, même en cas de kyste malin, et diminuant aussi les risques d'éventration.

Mais cette intervention est grave et l'impossibilité de la mener à bonne fin est fréquente, ce qui oblige le chirurgien à terminer par la marsupialisation simple ou par l'extirpation partielle.

La marsupialisation est facile, rapide à exécuter ce qui est très appréciable chez des malades souvent af-

faiblis. Mais elle a contre elle les risques de la dégénérescence maligne de la paroi, et surtout la durée du traitement. Très souvent, en effet, on voit persister après elle des fistules rebelles.

L'extirpation partielle partage les avantages et les inconvénients des deux méthodes dont elle est l'hybride.

Elle amènerait peut être une guérison plus rapide que la marsupialisation.

Résultats. — D'après Gobbell (*Arch. fur. Klin. Chir.* 1907), l'extirpation totale pratiquée dans 28 cas aurait donné 3 morts soit une proportion de 10,7 % ; l'extirpation partielle, 5 morts sur 9, soit 55,5 %.

Kijewski rapporte 43 extirpations avec 8 morts soit 18 %. Mayo Robson a réuni 16 cas d'extirpation totale avec 3 décès soit 20 % et 6 extirpations partielles avec 1 décès soit 14,3 % de mortalité.

Pour Gobbell la marsupialisation a donné 7 morts sur 190 soit 3,1 % de mortalité.

Mayo Robson sur 18 marsupialisations ne compte qu'une mort. Kijewski donne dans sa statistique 199 marsupialisations avec 22 morts soit 11,05 % de mortalité.

L'extirpation totale paraît être moins grave que l'extirpation partielle. L'extirpation totale a été surtout pratiquée dans les cas faciles de kystes pédiculisés ou peu adhérents.

L'extirpation partielle n'est souvent que « l'aveu de l'impuissance de l'opérateur en présence de lésions qui auraient été plutôt justiciables de la marsupialisation »

(Delbet). Son exécution entraînant des manœuvres longues conduit au shock et à l'infection péritonéale.

La marsupialisation est la méthode la moins grave, celle qui ménage le plus la vie du patient.

Indications opératoires. — La laparatomie une fois faite et le kyste mis à nu, le chirurgien devra juger autant que possible de l'étendue et de la nature des connexions que présente la tumeur avec les organes voisins. Si le kyste est pédiculé et les adhérences peu étendues le procédé de choix sera l'extirpation totale.

Dans le cas contraire il faudra avoir recours à la marsupialisation.

L'extirpation partielle devra être pratiquée exceptionnellement aux kystes volumineux qui seraient peu adhérents dans les zones antérieures et fixés au contraire dans la profondeur.

Pour les kystes offrant une transformation purulente la marsupialisation sera conseillée. Pour les kystes malins l'extirpation totale est tout indiquée. Ces kystes sont assez rares ; sur 66 cas Gouraud ne cite que deux malades, ceux d'Hartmann et de Pearce Could.

On a vu quelquefois la mort survenir par diabète ou encore par hémorragie du niveau de la fistule opératoire. Cette fistule a pu conduire à des interventions secondaires.

La récurrence, dans les kystes pancréatiques simples n'a été que très rarement observée. Mayo Robson et Cammidge n'en citent qu'un exemple.

OBSERVATIONS

OBS. n° 2. — HARTMANN (in th. de Bas).

Femme de 53 ans. Une thyphoïde à 9 ans dans ses antécédents. L'affection qui remonte à trois mois se caractérise par une anorexie progressive, un amaigrissement et de l'asthénie, puis par des douleurs coeliaques, coexistant avec l'apparition de l'accroissement rapide d'une tumeur abdominale.

Troubles fonctionnels. — Douleurs spontanées, vagues, siégeant soit à l'épigastre soit à gauche. Perte progressive de l'appétit, nausées fréquentes le matin, sans vomissements, les selles sont normalement colorées. L'état général est altéré, le teint est mat, jaunâtre, sans subictère, les urines sont normales.

A l'examen, on voit une tuméfaction arrondi, siégeant à gauche de l'Ombilic, elle siège dans la région ombilicale, elle déborde à droite de l'ombilic, a la grosseur d'une tête de fœtus, elle est arrondie, régulière, de consistance ferme, avec une certaine résistance, immobile verticalement on peut la déplacer dans le sens transversal, et d'avant en arrière. Elle présente un balottement à type « rénale ». Elle paraît reliée à un pédicule à la face inférieure du foie.

A la percussion, la sonorité est diminuée, elle est séparée en haut par une zone plus sonore qui rappelle la sonorité gastrique. Le foie est augmentée de volume, pas de matité splénique.

Intervention le 3 octobre 1890.— Laparatomie médiane. La partie inférieure de l'estomac et le grand épiploon apparaissent soulevés par la tumeur. La tumeur est arrondie, tendue, résistante. On la ponctionne : deux cents grammes de liquide brun chocolat opaque. On obstrue l'orifice avec une pince américaine. La décortication paraissant très difficile, le Kyste est franchement incisé.

L'extirpation est jugée impossible, on marsupialise difficilement par suite de l'épaisseur et de la friabilité de la paroi Kystique.

On fixe au bord de la plaie abdominale les bords de l'incision épiloïque, on suture la peau au-dessus et au dessous de l'ombilic, on met un gros drain dans la poche.

Examen du liquide : Brun, chocolat, opaque non visqueux, sans dépôt. Densité 1. 016. Albumine se coagule par la chaleur. Contient 4,90% de matière fixe dont 4,05 de matière organique.

Suites opératoires : Normales, soulagement à partir du troisième jour, retour de l'appétit, le malade reste hospitalisé à cause de sa fistule. Le 18 novembre, les digestions deviennent difficiles, le 20 novembre vomissements fréquents, abondants et incoercibles, mort sans réaction abdominale.

Autopsie : La fistule passe entre le colon transverse et l'estomac ; elle conduit dans une cavité kystique rétrac-

tée. A côté de cette cavité on trouve une série d'autres poches de volume variable, isolées, les unes des autres, contenant un liquide visqueux et grisâtre, ces kystes sont indépendants les uns des autres.

Pas de trace de péritonite, noyaux cancéreux métastatiques au foie.

Examen histologique du kyste. — Epithéliome kystique avec néo-formation des culs de sac glandulaires, présentant des dilatations kystiques à tous les degrés.

OBS. n° 3. — L. BÉRARD. Gros kyste uniloculaire du pancréas (*Presse médicale*, 18 juillet 1900)

S..., ménagère, âgée de 51 ans, entre le 9 octobre 1899 dans le service du professeur Pouet, pour tumeur de l'abdomen, Pas d'antécédents héréditaires. Début en mai 1899 par douleurs gastriques et vomissements. En même temps apparition d'une grosseur du volume d'un œuf, à la partie inférieure de l'épigastre, augmentant, et diminuant de volume pendant les mois de juin et juillet. Il y a un mois accroissement subit de la tumeur.

Examen. — Masse située dans la partie moyenne de l'abdomen, animée de battements synchrones au pouls, sans expansion. Résistante, mobile, surtout transversalement. Peu mobile avec le diaphragme, mate à la percussion, par insufflation de l'estomac on détermine sa situation entre le foie et la petite courbure de l'estomac. On note une circulation collatérale du thorax. Bon état général.

On hésite entre le diagnostic de kyste du pancréas et celui de kyste mésentérique. L'absence des signes pan-

créatiques n'est pas suffisant pour éliminer l'hypothèse du kyste du pancréas.

Intervention. — Le 10 octobre 1899, laparatomie médiane, kyste très volumineux, uniloculaire, étroitement adhérent avec l'estomac et à droite avec une anse intestinale. Le kyste est ponctionné : il s'écoule deux litres d'un liquide sero-hématique, brun noirâtre, contenant des paillettes à reflets irisés.

La paroi interne du kyste, tomenteuse est doublée d'un dépôt fibrineux devient caillots. Le kyste occupe toute l'arrière cavité des épiploons, Prélèvement d'un fragment de la paroi du kyste pour l'examen microscopique.

Les bords de l'ouverture sont fixés à la paroi, on draine avec trois mèches de gaze iodoformées.

Suites opératoires. 11 octobre. — La malade a présenté trois vomissements sans réaction péritonéale.

Le 8 novembre. — Douleurs et température traduisant une collection profonde para-cœcale qui est ouverte et drainée.

Le 10 décembre. — Guérison complète.

Examen microscopique de la paroi. — Tissu fibreux stratifié en bandes, dans les interstices parallèles desquelles on rencontre des cellules assez volumineuses parsemées, avec un noyau très colorable à la manière des cellules épithéliales.

Dans un fragment plus épais, on trouve des amas cellulaires, présentant les caractères des cellules pancréatiques.

OBS. n°. 4 — ROCHARD : Kyste du pancréas.

(*Bull. Soc. Chirur.* 1901, pp. 98 à 101).

S..., âgé de 63 ans, coiffeur, entre le 24 août 1901 à l'Hospice d'Ivry.

Au mois de mars 1901, douleurs violentes de la région dorso-lombaire, survenant par crises et provoquées par la station debout. Apparition deux mois après d'une tumeur épigastrique ponctionnée, dont on retire un litre et demi de liquide brun chocolat. Le malade est soulagé, la tumeur se reproduit.

A l'examen. — Pas de troubles fonctionnels mais amaigrissement de sept kilogs depuis le début. Présence d'une tuméfaction épigastrique ; cette tumeur est peu mobile, mais s'abaisse néanmoins avec l'inspiration profonde. Elle est lisse, rénitente, sans fluctuation, elle est mâte à la percussion, matité se confondant à droite avec celle du foie, emplit l'hypocondre gauche et s'étend en bas jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la symphèse.

Intervention le 18 août. — Laparatomie médiane. Le grand épiploon est incisé, on aperçoit la tumeur entre l'estomac en haut et le colon transverse en bas. Le corps du pancréas apparaît en avant d'elle. Impossibilité de libérer la tumeur très adhérente aux organes : pancréas, vaisseaux splénique, duodénum, pédicule hépatique, colon transverse et son méso. Ponction qui retire 8 l. 1/2 de liquide. Marsupialisation. Drainage.

Suites opératoires : parfaites. Le malade apparaît guéri le 29 janvier, mais avec fistule persistante.

OBS. n° 5. — GOEBELI. (*Congrès
allemand de Chirur. de 1907*).

Homme de 23 ans. Début au printemps 1905 par une augmentation du ventre. En 1906 oppression, dyspnée, douleurs lombaires. On trouve au milieu de l'abdomen tous les signes d'une ascite qui est ponctionnée le 28 juillet 1906.

On retire 8 litres de liquide rouge brunâtre.

Le liquide se reforme et les troubles fonctionnels réapparaissent.

On fait le diagnostic de kyste hémorragique du rein ou du pancréas.

Examen. — Malade vigoureux, teint pâle. A la palpation : tumeur plus grosse qu'une tête d'adulte à paroi élastique, lisse ; fluctuante, non mobile. Le colon passe en écharpe devant elle.

Intervention le 26 août 1906. — Incision parallèle au rebord costal. Le kyste apparaît, on le ponctionne et extériorise la paroi.

La face interne du kyste est lisse et brillante, présentant des reflets irisés. La paroi est isolée des formations voisines et des vaisseaux mésentériques et spléniques et enfin de la queue du pancréas à laquelle elle adhère intimement. Le kyste est extirpé, le pancréas est tamponné et drainé par deux drains.

Suites opératoires : Dès le 29 août amélioration notable, les drains sont raccourcis.

Le 27 septembre 1906, le malade guéri, reprend son travail.

Examen anatomique. — Paroi épaisse de trois millimètres, lisse et brillante ; à l'intérieur reflets irisés à certains endroits.

Examen microscopique. — 1° Tissu pancréatique avoisinant. Profondément modifié, comprimé et étiré en longueur. Les cellules pancréatiques sont la plupart vacuolaires. Le protoplasma est en partie homogène, mais le plus souvent granuleux. Le tissu interstitiel est normal, au voisinage de la paroi kystique, il devient plus riche en cellules conjonctives, mais contient peu de leucocytes.

2° *Paroi kystique.* — Constituée par du tissu conjonctif et ne montre en aucun point de revêtement épithélial. Dans une zone où le kyste limite immédiatement le tissu pancréatique, la couche superficielle est formée de tissu granuleux très riche en cellules.

Plus profondément une nouvelle couche de cellules conjonctives jeunes, de plasmocytes et de fibroblastes, plus loin encore une couche de leucocytes, de débris cellulaires et de fibrine.

La couche la plus interne est représentée par de longs faisceaux de fibrine, des globules rouges des leucocytes et de nombreux cristaux. Nulle part on ne trouve d'éléments épithéliaux.

OBS. n° 6. — POTHÉRAT : Volumineux

kyste du pancréas. (*Société de Chir. Séances du 2 déc. 1908*)

Femme de 47 ans. Trois grossesses normales. Apparition il y a deux ans d'une tumeur abdominale. Aucun trouble fonctionnel, si ce n'est la gêne qu'apporte plus

tard le volume de la tumeur. État général excellent, pas de troubles digestifs et urinaires, pas d'amaigrissement.

Son médecin porte le diagnostic de kyste de l'ovaire. Ce diagnostic est éliminé : la tumeur siège dans l'étage supérieur de l'abdomen et le toucher vaginal montre un utérus fibromateux sans lésions annexielles.

La tumeur occupe le flanc gauche, elle est arrondie, lisse, tendue, résistante. Elle est mate et mobile avec le diaphragme ; on ne peut cependant la déplacer.

On porte le diagnostic de kyste du rein gauche.

Intervention. — Laparatomie sus-ombilicale latérale gauche. A l'ouverture, tumeur située en dedans du colon descendant.

Le kyste est ponctionné : on retire sept litres d'un liquide noirâtre, non visqueux, mais filant. Extirpation partielle est faite.

Suites. — Le deuxième jour qui suivit l'acte opératoire, la malade a présenté un syndrome de décompression avec éréthisme cardio-vasculaire, entraînant la mort sans qu'il y ait eu ni hémorragie, ni infection.

Examen histologique. — Paroi épaisse d'environ 2 mm. se montre formée par du tissu pancréatique. La surface interne de cette paroi n'est recouverte d'aucun épithélium.

OBS. n° 7. — KORTE (Berlin). Cystadénome
MULTILOCULAIRE DU PANCRÉAS (*Deutsch Med.*
(*Woschensch.* n° 12-23 mars 1911).

Femme de 31 ans. Le 4 mai 1904 est opérée en Russie pour tumeur épigastrique qu'on trouve être un kyste du pancréas.

Marsupialisation. — La fistule se ferme en huit mois.
Première récurrence en 1908.

Deuxième récurrence en 1910 ; on décide l'extirpation.

Intervention le 15 novembre 1910. — Incision transversale, le kyste ponctionné est décollé de l'estomac et du colon transversal puis extirpé. La cavité est tamponnée ; on draine.

Suites. — Le drainage est supprimé le 19 novembre ; le 31 la malade sort guérie.

A l'examen anatomique : tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, entourée de nombreux petits kystes.

A l'examen histologique : paroi formée de tissu conjonctif à type fibrillaire, riche en noyaux et en vaisseaux. Sur la face interne : épithélium avec quelques végétations.

OBS. n° 8. — N.-W. TELLING et I.-F. DOBSON.

Kyste du pancréas chez l'enfant (*The Brit. Journ.*

Child. Dis., mai 1909).

Fille de 11 mois, admise à l'hôpital le 18 août 1908 pour augmentation considérable de l'abdomen, sans altération notable de l'état général.

A l'examen : tuméfaction arrondie de la région ombilicale. On fait le diagnostic de péritonite tuberculeuse et on la met en observation, mais bientôt l'état général s'altère : amaigrissement, diarrhée.

Le kyste augmente de volume. En septembre on porte le diagnostic de kyste abdominal.

Intervention le 5 octobre : Kyste situé entre l'estomac et le colon transverse et naissant de la tête du pancréas.

On l'évacue : liquide de consistance visqueuse, de couleur rosée, légèrement fétide ; on marsupialise. Guérison, l'enfant quitte l'hôpital le 28 novembre.

Examen histologique. — La paroi kystique est doublée d'un épithélium cylindrique.

OBS. n° 9. — H. WALCKER : Kyste du pancréas évoluant vers la rupture. (*The Brit. Méd. Journal* n° 2649, 19 août 1911).

Homme de 34 ans, sans antécédents pathologiques. Au cours d'un effort violent, douleur brusque et très intense au creux épigastrique. Deux heures après l'accident, douleur violente et persistante, avec contracture des droits. Vomissements et facies anxieux.

On fait le diagnostic de perforation gastrique dans une poche de périgastrite.

Abstention et expectative. Les phénomènes s'atténuent. Trois semaines après, douleur réapparaît, en même temps qu'une tumeur du volume d'une orange devient visible à l'épigastre.

Intervention. — Tumeur rétro épiploïque dont l'incision donne issu à deux pentes de liquide pancréatique. La cavité est drainée.

Suites. — La fistule se ferme au bout de douze semaines. Événtration. L'auteur pense qu'il s'agit de rupture d'un kyste préexistant.

OBS. n° 10. — R. DUPÉRIÉ. — (*Société Anatomoclinique de Bordeaux*. Séance du 29 janvier 1912).

Un nourrisson de quatre mois présente à son entrée

à l'hôpital des lésions ulcéreuses cutanéomuqueuses multiples d'origine syphilitique. La mort survient brusquement le lendemain.

Autopsie. — La formation de la queue du pancréas renflé en battant de cloche.

En ce point, la surface de la glande est occupée par un amas de vésicules arrondies à parois minces, laissant transparaitre un liquide incolore. Leur volume varie de la grosseur d'un grain de mil à celle d'un poi. Ces formations kystiques sont réunies en une grappe unique.

A l'examen microscopique. La paroi du kyste fibreux contenant parfois des tronçons d'acini tassés et disloqués, est revêtue d'une rangée unique de cellules cubiques, qui constituent le revêtement épithélial de la cavité.

Il s'agit ici de kystes glandulaires multiloculaires de la queue du pancréas.

OBS. n° 11. — F.-V. DOUCHANINE. — (Moscou).

Chirurg. t. xxxi, mai 1912).

Femme 48 ans, entre à l'hôpital pour tumeur de l'hypocondre gauche apparue il y a quatre mois et qui a augmenté peu à peu depuis, en même temps que survenaient des douleurs sourdes de la région.

Antécédents personnels. — Il y a trois ans, coliques hépatiques avec ictère passager.

Depuis quatre mois, amaigrissement, appétit défectueux, soif exagérée. Aucun trouble fonctionnel.

A l'examen, tumeur de l'hypocondre gauche dépassant de quatre travers de doigts le rebord costal, de la gros-

seur d'un œuf d'oe sensible à la pression, lisse, peu mobile, avec sensation de battements à la palpation profonde. Mate à la percussion.

Glycosurie à 10 %.

Diagnostic : Après longue discussion on pense à un kyste du pancréas.

Intervention. — Laparatomie latérale gauche, incision du ligament gastro-colique. Ponction du kyste. Marsupialisation.

La paroi du kyste est épaisse, lisse à l'intérieur. Elle ne présente aucune adhérence avec les organes voisins. Liquide trouble et jaunâtre, ne contient pas de ferments pancréatiques.

Suites. — Après 8 jours, amélioration de la glycosurie qui tombe à 3,6 %.

La cavité se comble rapidement. Guérison deux mois après l'intervention. A ce moment la glycosurie a disparu, mais la fistule persiste.

OBS. n° 12. — A. et P. BEHAGUE. — Kyste séreux du pancréas. (*Bull. Médical du 11 avril 1914*).

Homme 60 ans, jardinier.

Rien à signaler ans ses antécédents personnels. Il y a une dizaine d'années a été pris subitement de douleurs abdominales violentes siégeant dans la région ombilicale, existence, constatée à ce moment, d'une tumeur dans la région douloureuse. Pas de vomissements, ni diarrhée. Six années se passent pendant lesquelles la tumeur semble avoir disparu. Il y a trois ans, nouvelle crise douloureuse, sans vomissements, mais une teinte

subictérique qui n'aurait duré qu'une journée. En juin 1913 nouvelle crise semblable aux deux autres. Depuis le malade maigrit progressivement et se sent faiblir. C'est dans cet état qu'il se présente à son médecin.

A l'examen : Tumeur indolore, lisse, du volume d'une tête de fœtus à terme, légèrement mobile dans le sens latéral, siégeant au-dessus de l'ombilic, un peu à droite, bien délimitée, non pulsatile. Mate à la percussion, entourée d'une zone de sonorité. Aucun signe d'insuffisance pancréatique.

Diagnostic : Kyste probable du pancréas.

Intervention : Laparatomie, apparition du kyste, la décortication est difficile en raison des adhérences, et la nécessité de pratiquer de nombreuses ligatures.

Le kyste siège à la jonction de la tête et de la queue du pancréas : il se rompt et laisse échapper plus d'un litre de liquide, couleur de bière brune, au milieu duquel on trouve de nombreux calculs grisâtres de la grosseur d'un grain de millet.

L'intérieur de la tumeur est lisse ; les bords sont attirés à la peau et suturés, deux gros drains et une mèche de gaze y est introduite.

Suites excellentes ; le trentième jour la fistule suintait encore, elle se ferma définitivement fin octobre, guérison et reprise du travail.

OBS. n° 13. — J. M. T. FINNEY (Baltimore)

(*Anal. of. Surgery*, juin 1920).

Femme de 43 ans. Entre à l'hôpital pour troubles gastriques.

Début il y a trois ans par pesanteur d'estomac, en même temps qu'apparaît une tumeur du volume d'une petite orange, siégeant au-dessus et à gauche de l'ombilic, peu douloureuse à la palpation, très mobile. En même temps, céphalée, nausées et vomissements, anorexie, constipation, amaigrissement notable.

Examen : tumeur du volume d'un poing, dure, un peu nodulaire, pouvant être déplacée dans tous les sens.

On pose le diagnostic de tumeur solide du grand épiploon.

Intervention. — La tumeur prend naissance dans le pancréas dont elle occupe toute la partie moyenne. Aspect d'adénome. Extirpation totale grâce à son pédicule, tamponnement, drainage.

Suites normales, mais formation d'une fistule qui persiste trois mois et se ferme spontanément.

Examen histologique. — Cystadénome discuté.

OBS. n° 14. — GILBRIDE : (*Journ. Améric. Méd. Ann.* 1920, vol 75).

Jeune homme de 20 ans. Début insidieux, augmentation progressive de l'abdomen du côté gauche avec un peu d'asthénie et d'inaptitude au travail. Appétit régulier et normal.

A l'intervention. Kyste pancréatique. Marsupialisation. Guérison.

OBS. n° 15. — L. URRUTIA : Un nouveau cas de kyste du pancréas » (*Archives espagnols de Enferm. dell. app. digest. y de la nutrition* 1921, t. iv, n° 10).

Femme de 36 ans. Présente depuis huit ans des crises douloureuses violentes au creux épigastrique avec vomissements. Santé excellente dans l'intervalle des poussées.

Depuis trois mois, la malade a noté outre quelques troubles digestifs, un amaigrissement notable et des selles d'apparence graisseuse.

L'examen de celles-ci dénote la présence de graisse et de fibres musculaires non digérées.

La palpation révèle une tumeur régulière rénitente, mate, assez fixe, occupant l'abdomen supérieur. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine, ni pigments biliaires. La formule leucocytaire est normale, la réaction de Weimberg négative.

La radiographie, après un repas baryté, montre un estomac en croissant, fortement refoulé à gauche par la tumeur.

A l'intervention, on découvre un gros kyste à couleur hématique. L'examen du liquide révèle la présence d'amylase.

La paroi inférieure du kyste est formée par le colon transverse épaissi ; au fond de la poche on sent le pancréas induré.

L'extirpation totale étant impossible, on résèque la moyenne partie du kyste, on marsupialise le reste. La vésicule explorée est épaisse et contient des calculs. Cholécysectomie.

Suites opératoires, satisfaisantes. Il persiste pendant quelques mois une petite fistule pancréatique qui finit par se tarir. Mais les selles conservent leur aspect graisseux, et leur composition chimique reste la même, bien que l'état général soit devenu excellent.

OBS. n^{os}16. — VILETTE (Dunkerque) : *Journ. des Sciences Méd. de Lille*, 8 mai 1921).

Femme de 38 ans. Deux enfants âgés de 15 et 8 ans. Avortement il y a six ans.

Début il y a trois ans en 1917 par l'apparition d'une grosseur du volume d'une orange, située dans le flanc gauche. Aucun trouble fonctionnel.

A l'examen le 18 mars 1920. — Tumeur arrondie du volume d'un gros poing, très mobile dans le sens vertical et venant se cacher parfois sous les fausses côtes. Indépendante de l'utérus, au contact duquel on peut cependant arriver à la faire descendre. Tout autour de la tumeur des gargouillements qui font penser à une tumeur rétro-péritonéale. On ne peut faire un diagnostic ferme.

Intervention. — Laparatomie médiane, sus et sous-ombilicale. La main introduite dans l'hypocondre gauche, ramène une tumeur arrondie qui vient faire saillie sous le méso-colon. On trouve la tumeur kystique dans l'arrière cavité. Elle est mobile et tient à la queue du pancréas qui s'enroule autour d'elle. On réalise l'énucléation progressive avec de nombreuses ligatures veineuses. Reconstitution co-épiploïque et fermeture sans drainage.

Suites, très simples. Cicatrisation le 14^e jour. Persis-

tance temporaire de lourdeur gastrique, puis guérison complète.

OBS. n° 17. — CHEVALIER (thèse, Paris, 1923).

Kyste glandulaire du pancréas.

Femme âgée de 34 ans, entre le 14 avril 1920 à l'hôpital.

Grossesse suivie d'accouchement normal, il y a huit ans. En 1919, augmentation du volume du ventre surtout à gauche. Présence d'une grosseur du volume d'un poing, sans douleur ni malaise.

En mai 1919, grossesse qui se passe normalement. Cependant au neuvième mois, son ventre avait acquis une grosseur considérable.

Le 8 février 1930, accouchement sans incidents ; mais l'abdomen reste gros, puis se met à augmenter de volume de plus en plus rapidement sans occasionner de douleurs, ni de troubles fonctionnels.

Bientôt, fatigue et gêne considérable.

A l'examen. — Malade amaigri, état général médiocre.

A l'inspection, l'abdomen offre l'aspect de celui d'une femme enceinte de neuf mois.

A la palpation, sensation de flots et de frémissements à la partie supérieure gauche.

A la percussion matité, remontant, à deux travers de main au-dessus de l'ombilic ; sonorité au-dessus de cette limite jusqu'à l'appendice xiphoïde et dans les flancs.

On fait le diagnostic de kyste mésentérique.

Intervention le 20 avril 1920. — Laparatomie médiane, le kyste fait saillie entre le colon transverse et l'estomac,

cravaché par les vaisseaux spléniques. Il s'agit d'un kyste du pancréas.

Présence d'un pédicule, ligature de ce pédicule et extirpation totale. Drains et mèches. Ablation d'un kyste pesant onze kilogs.

Examen anatomo-macroscopique. Contenu : liquide louche, visqueux, de coloration brunâtre hématique.

La paroi kystique est fibreuse, épaisse, sans revêtement épithélial sur sa face interne.

Dans l'épaisseur, présence d'ilots pancréatiques, acini, tubes excréteurs étouffés par la prolifération scléreuse.

Suites opératoires, normales, sans aucune complication : il ne s'est pas produit de fistule, la malade a quitté l'hôpital en parfaite santé.

CONCLUSIONS

1° Les kystes vrais du pancréas sont des affections rares, si on les compare au nombre des pseudo-kystes que nous offre la littérature médicale, et leur étiologie demeure encore dans le domaine de la discussion ;

2° Au point de vue de la pathogénie, les kystes du pancréas sont encore fort mal connus. Il faut cependant reconnaître, au début de l'affection, une inflammation chronique de la glande, observée dans plusieurs cas, inflammation qui sera compensée par une hyperplasie, premier degré d'une évolution kystique.

3° Leur constitution anatomique se résume à une paroi fibro-conjonctive ; parfois la face interne est tapissée d'un épithélium. Leur contenu est un liquide presque toujours hématique, pouvant renfermer les ferments de la sécrétion de cette glande ;

4° Les kystes du pancréas n'ont pas une symptomatologie propre, et ne présentent qu'exceptionnellement le syndrome pancréatique. De là, la difficulté de poser un diagnostic certain. L'examen clinique, les épreuves

de laboratoire sont tout à fait insuffisants pour établir ce diagnostic.

La radiologie, grâce aux moyens dont elle dispose, est sans conteste d'une aide précieuse ; on peut, grâce à elle, localiser la tumeur, l'isoler par rapport aux organes avoisinants et affirmer qu'il s'agit d'une tumeur du pancréas.

Le cas personnel de kyste du pancréas que nous rapportons dans notre thèse vient à l'appui de l'aide que la radiologie apporte à l'élaboration du diagnostic ;

5° Le kyste du pancréas étant susceptible d'avoir une évolution maligne le traitement chirurgical s'impose.

Ou bien la tumeur est peu adhérente ou facilement libérable ; pédiculée ou pédiculisable, les vaisseaux ne sont pas trop développés ; on pratiquera l'extirpation totale, opération de choix.

Ou bien il y a de nombreuses adhérences, la vascularisation de la paroi abdominale est intense, il faut alors faire la marsupialisation.

Quant à l'extirpation partielle c'est une intervention grave, son exécution entraînant des manœuvres trop longues.

Vu le Doyen :
BALTHAZARD.

Vu le Président
BESANÇON.

Vu et permis d'imprimer
Le recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉCLÈRE. — Le radiodiagnostic des affections abdominales après insufflation préalable du péritoine », *Paris Médical*, 5 février 1921.
- BECOURT. — Thèse, Strasbourg, 1830.
- BEHAGUE (A et P.). — « Des kystes séreux du pancréas », *Bull. Méd.*, 1914.
- BEHARD. — « A propos des pseudo-kystes du pancréas », *Bull. et Mem. Soc. de Thir.*, 17 décembre 1919.
- BOECKEL. — *Chirurgie du pancréas ; des kystes pancréatiques*, 1891.
- BRIN ET PAPIN. — « Kyste abdominal suppuré à bacilles pyocyaniques purs », *Arch. méd. d'Angers*, 1903.
- CURLSLAW. — « Acute pancreatitis, followed by the developpment of a pancreatic cyst recovery », *The Lancet*, 16 juillet 1921.
- CHEVALIER. — Thèse, Paris, 1923.
- COLIEZ (Robert). — *Le pneumopéritoine artificiel en radio-diagnostic*, Thèse, Paris, 1901.
- COUTURE. — Thèse, Paris, 1910.
- De BERSAQUES. — « Un cas de kyste hématique du pancréas sans examen de laboratoire », *Journal médical de Bruxelles*, 3 octobre 1912.
- DELBET (Pierre). — *Bull. Mem. Soc. Thir.*, 13 mars 1907.
- DESPLAS et VILLARDOT — *Gaz. des Hôp.*, 1922.
- FAURE, BEAULIEU ET BÉCLÈRE. — « L'insufflation rectale du côlon par l'acide carbonique dans l'exploration radiologique du foie et de la rate », *Bull. et Mem. Soc. Med. des Hôp.*, 20 janvier 1921.
- GEORGESCO. — « Contribution au diagnostic et au traitement des kystes du pancréas », *Journ. de Chir. de Bucaret*, t. II, p. 115.
- GILBRIDE. — *Cysts of the Pancreas*, *Médical Record*, 22 mai 1920.
- GIGON. — Thèse, Paris, 1924.
- GREEN AMSTON. — « Un cas de kyste du pancréas », *Revue de Chir.*, 1903.
- GUELLIOT. — « Deux observations de kystes du pancréas », *Bull. et Mem. de Chir. de Paris*, 19 juillet 1911.

- HARTMANN. — *Congrès de chirurgie*, 1891.
- KORTE. — *Congrès allemand de Chirurgie*, 1894.
- *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 23 mars 1919.
- LABBÉ. — « Sur un cas de kyste du pancréas opéré », *Soc. de Gastro-entérologie de Paris*, 7 mai 1923.
- LACAYO. — Thèse, Paris, 1923.
- LECÈNE ET PIQUET. — *Bull. et Mém. Soc. de Chirur. de Paris*, 19 novembre 1919.
- LEÇOURT. — Thèse, Paris, 1920.
- LE DENTU ET DELBET. — *Nouveau traité de Chirurgie*, t. xxvi.
- LEJARS. — *Congrès de Chirur.*, 1905.
- MAINGOT, LIGNAC, GALLY, PORTHERET. — « Sur trois cas successifs de diagnostic difficile de tumeurs abdominales », *Bull. et Mém. de la Soc. de Radiol. Méd. de France*, décembre 1922.
- MALLET ET COLIEZ. — « Diagnostic radiologique des tumeurs de l'hypocondre gauche », *J. de radiol. et d'Electrol.*, n° 2, 1922.
- MAUNAUD (Giordano). — *Arch. of Surgery*, janvier 1923.
- MARTIN. — « Kystes du pancréas », *Progrès Médical*, 1912.
- MATHIEU. — « Kystes du pancréas », *Paris Médical*, 1912.
- MIGNIAC. — « Les hématomes traumatiques de l'arrière cavité des épiploons », *Revue de Chir.*, 1919.
- MARQUOT ET CONTANTINI. — « Contusions du pancréas et faux kystes traumatiques », *Revue de Chirur.*, 1923.
- MONOD, DELBET, QUENU. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 13 mars 1907.
- NIMIER. — « Notes sur la Chirurgie du Pancréas », *Revue de Chirur.*, 1893.
- PHILARDEAU. — « Les kystes et les faux-kystes du pancréas », *Gazette des Hôp.*, 11 mars 1922.
- PINCHERLE (DE MILAN). — « Les tumeurs de l'hypocondre gauche en radiologie », *La radiologia Medica*, vol. VIII, Fasc. 7).
- POTHERAT. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 28 juin 1911.
- QUENU. — « Kystes du pancréas, diagnostic et pathogénie chlorragie post opératoire », *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 15 février 1911.
- QUENU et POTHÉRAT. — « Kystes du pancréas », *Bull. Mém. Soc. de Chir.*, 19 juillet 1911.
- RIBADEAU, DUMAS, MALLET ET DE LAULERIE. — « Examen radiologique des viscères abdominaux après injection d'oxygène dans la cavité péritonéale », *Bull. et Mém., Soc. des Hôp.*, 13 novembre 1919.
- RIBADEAU-DUMAS. — « Le pneumo-péritoine et l'aérocolic par insufflation rectale », *Bull. et Mém., Soc. Méd. des Hôp.*, 11 février 1921.

ROBINSON. — The cases of pancréalite cyst », *British méd. Journ.*, n ; 2778.

RONNEAUX. — « Tumeur extra gastrique diagnostiquée grâce à l'emploi du pneumo-péritoine artificiel », *Bull. Soc. fr. d'électrothérapie et radiologie*, janvier, 1921.

SCHWARTZ. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 5 juillet 1911.

TULASNE. — Thèse, Paris, 1899.

WEILL ET LOISELEUR. — « La pneumo séreuse péritonéale », *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp.*, 25 novembre 1901.

IMPRIMERIE SPÉCIALE
— DE L'ABEURS —

F. BOISSEAU
34, rue du Taur, TOULOUSE

